

斜^[2];其次,未拔牙的、磨牙关系为中性偏远中、前牙覆殆覆盖关系为Ⅰ度者,牵引时间较短,为4~7个月;相反,拔牙者、磨牙关系为远中尖对尖或完全远中、前牙覆殆覆盖关系为Ⅱ度甚至Ⅲ度者,牵引时间明显延长,为8~16个月。其中1例13岁男性牵引16个月,矫治时间30个月,是因为该患者未认真进行Ⅱ类牵引,造成磨牙关系调整的时间明显长于别的患者,所以Ⅱ类牵引效果的好坏还要取决于患者是否认真进行Ⅱ类牵引^[3]。认真牵引的磨牙关系调整既快又好,未认真牵引的,磨牙关系调整既差又慢。因此对那些不能认真进行Ⅱ类牵引的患者,建议戴用口内固定Ⅱ类Forssas牵引装置,由于是固定在患者口腔内,不受患者主观影响,所以戴用此种牵引装置效果较好;再者,Ⅱ类牵引的效果和患者的年龄也有一定关系,有2例成年患者已牵引12个月,和其他的青少年患者同样的磨牙关系,同样的前牙覆殆覆盖关系,成年患者Ⅱ类牵引时间明显比青少年患者长,笔者认为也许和成年患者生长发育基

本停止,颞下颌关节改建较慢有关;而青少年患者正处于生长发育快速期,颞下颌关节改建较快。Ⅱ类牵引对安氏Ⅱ类错殆磨牙关系的调整是积极有效的^[4],但是患者的年龄、拔牙与否、磨牙关系及前牙覆殆覆盖的严重程度以及患者配合的好与坏,还有正畸医生制作弓形的技术水平都会对Ⅱ类牵引的效果产生一定的影响。因此,Ⅱ类牵引要获得好的效果需患者和医生的相互积极配合才能做到。

[参 考 文 献]

- [1] 赵丹,王佛汉.改良式Ⅱ类牵引在矫治Ⅱ类错殆高角病案中的应用[J].江苏医药,2000,26(9):727-728.
- [2] 魏萍,沈祥真.Ⅱ类牵引对下颌支抗磨牙的不利影响[J].临床口腔医学杂志,2002,18(3):12-13.
- [3] 张强,张筱薇.方丝弓配合平面导板+Ⅱ类颌间牵引治疗安氏Ⅱ类Ⅰ分类错殆[J].齐齐哈尔医学院学报,2004,25(3):244-246.
- [4] 周灏,吴志宏.镍钛推簧与Ⅱ类牵引联合矫治安氏Ⅱ类错殆临床效果分析[J].中华航海医学与高气压医学杂志,2007,14(5):306-309.

[文章编号] 1000-2200(2010)01-0058-02

·临床医学·

离断式肾盂成形术治疗肾盂输尿管连接部梗阻 11 例

李国华¹,陆 露¹,王 昆¹,胡 伟²

[摘要] 目的:探讨肾盂输尿管连接部梗阻的手术治疗效果。方法:对11例离断式肾盂成形术患者围手术期的各种临床指标和疗效进行回顾性分析。结果:所有患者均一次性手术成功。其中10例随访6个月至9年,肾积水均有明显改善。结论:离断式肾盂成形术可作为治疗肾盂输尿管连接部梗阻的首选术式。

[关键词] 泌尿系疾病;肾盂输尿管连接部梗阻;肾盂成形术

[中国图书资料分类法分类号] R 691.2

[文献标识码] A

肾盂输尿管连接部(ureteropelvi junction, UPJ)梗阻是肾积水的常见原因之一,由于病变过程进行迟缓,早期发现较为困难,常至肾功能严重损害后才明确诊断。一经诊断明确,均应及时治疗^[1]。1999年7月至2008年6月,我院采用离断式肾盂成形术治疗UPJ梗阻11例,疗效良好,现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组11例,男7例,女4例;年龄11~44岁。病变位于左侧8例,右侧3例,并发结石2例。有腰部酸痛症状者4例,伴有血尿且腰部能触及包块2例,体检发现6例。11例均行静脉肾

盂造影,逆行肾盂造影9例,磁共振尿路水成像2例。11例均在术前明确诊断。

1.2 手术方式 手术均采用腰部斜切口入路^[2]。从侧面将腹膜推向内侧,切开肾周筋膜,游离肾脏中下极和UPJ。术中在游离输尿管时注意保留其周围组织。沿标志线剪裁多余的肾盂,注意切除的肾盂应适度。也应远离肾盏颈,以防肾盂关闭困难和可能的漏斗部狭窄。在病变远端斜行切断输尿管,使斜行吻合正对肾盂方向。剪裁后的肾盂下端应呈舌状下垂,将输尿管近端剖开0.5~1.0 cm以扩大吻合口,以5-0可吸收线与肾盂瓣吻合。缝合时应注意从肾盂切口外进针,从里面出针,然后从输尿管壁里进针外出,少缝黏膜,多缝肌层及外膜。使肌层断面对合整齐,不能内翻或外翻,吻合口针距以不漏尿液为原则,肾盂切口连续缝合。关闭吻合口前,应冲洗肾盂、肾盏以清除血凝块。术中成人均留置双J管引流。儿童病例中放置输尿管支架管和肾盂造瘘

[收稿日期] 2009-05-12

[作者单位] 1.安徽省宿州市中医院 泌尿外科,234000;2.安徽省宿州市矿建总医院 外六科,安徽 宿州 234000

[作者简介] 李国华(1968-),男,主治医师。

管。腹膜后常规放置引流管,术后 3 天拔除。术后患者均留置导尿管 1 周,使尿液充分引流。外引流支架管 2~4 周拔除。双 J 管术后 4~6 周经膀胱镜或输尿管镜拔除。

2 结果

11 例均一次性手术成功,术中出血量 10~100 ml。病理报告均存在输尿管腔狭窄,输尿管各层均有炎性细胞浸润。本组 11 例中,术后 10 例获得随访,随访 6 个月至 9 年,10 例经 B 超和静脉肾盂造影检查吻合口均通畅,肾积水均有明显改善。

3 讨论

UPJ 梗阻是一种常见的先天性疾病,其病因多种多样,如先天性发育异常,输尿管先天性狭窄、扭曲,输尿管瓣膜迷走,血管压迫,输尿管高位附着等。其病理生理过程基本一致,即由于机械性或动力性因素逐渐导致 UPJ 的尿液传递受阻,引起尿液在肾盂内滞留,肾盂内、肾间质、集合管内压力逐渐增高,导致肾单位损害,最终导致肾功能的进行性破坏和丧失。其主要的病理改变为扩张的肾盂和 UPJ 肌细胞间的连接发育异常,肌细胞间的电活动不能正常传递而导致病变部位的蠕动障碍,是一种功能性梗阻。离断式肾盂成形术是目前治疗 UPJ 狭窄的主要方法^[3],其切除范围包括扩张的肾盂和连接部狭窄段,肾盂成形后与输尿管端端吻合,恢复其蠕动功能。其治疗原则是:要恢复 UPJ 的正常输尿管蠕动,切除病变的 UPJ,同时对扩大的肾盂进行充分的裁剪,于肾盂的最低点重建新的漏斗状的 UPJ。从近年国内文献报道分析,采用离断式肾盂输尿管成形术者渐多,其成功率达 80%~90%,且手术效果

明显优于非离断式手术。根据本组病例的治疗效果及复习有关文献,我们认为,离断式肾盂成形术是治疗 UPJ 梗阻的首选术式。

注意事项:(1)去除 UPJ 及过多的肾盂,尽量缩小肾盂容积,肾盂仅留 2.0 cm×2.0 cm 宽。肾盂积水严重,肾实质变薄者,行肾实质内翻折叠术。(2)注意保护输尿管血供。(3)吻合口(肌层、黏膜)对合要整齐、良好,不能内翻或外翻缝合,吻合时要做到无张力、无扭曲,针距要合适,不能太稀;吻合口的缝线应选用优质的 5-0 或 6-0 的可吸收线,减少缝线带来的组织反应,以避免术后吻合口狭窄;关于离断式肾盂成形术中是否放置支架管的问题现在仍有争论,我们认为,术中放置输尿管支架管(选择合适的双“J”管)对手术成功有重要意义,能减少吻合口瘘,有利于内引流,避免吻合口成角,防止尿外渗,促进吻合口愈合。

近年来,UPJ 的手术方式已向微创方向发展,如经内镜的球囊扩张术,激光肾盂内成形术,经皮肾镜的肾盂成形术,以及腹腔镜下离断式肾盂成形术^[4]。随着这些高新设备和技术的进步,都将成为 UPJ 治疗的重要手段。

[参 考 文 献]

- [1] 吴阶平. 泌尿外科学[M]. 济南:山东科学技术出版社,2004: 548-550.
- [2] 梅 骅. 泌尿外科手术学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社, 1998:167-173.
- [3] 金讯波,程继义,蒋绍博. 离断倒转肾瓣肾盂输尿管成形术治疗长段 UPJ 狭窄[J]. 中华泌尿外科杂志,2001,22(10):607-609.
- [4] Nakada SY, Joheson M. Ureteropelvic junction obstruction retrograde endopyelotomy[J]. Urol Clin North Am,2000,27(4):677-684.

[文章编号] 1000-2200(2010)01-0059-02

· 临床医学 ·

复合平塞补片无张力修补腹股沟疝 30 例

高光荣

[摘要]目的:探讨复合平塞补片治疗腹股沟疝的疗效。方法:回顾分析 30 例复合平塞补片无张力治疗腹股沟疝的临床资料。结果:术后除 3 例有轻度疼痛不适,经过热敷而消失外,其余无任何并发症,随访 6~8 个月,均无复发。结论:复合平塞补片修补术治疗老年腹股沟疝安全可靠。

[关键词] 疝,腹股沟;修补术;平塞补片

[中国图书资料分类法分类号] R 656.21

[文献标识码] A

[收稿日期] 2009-09-26

[作者单位] 安徽省萧县白土镇中心卫生院 外科,235281

[作者简介] 高光荣(1968-),男,主治医师。

老年腹股沟疝是普外科的常见病,治疗棘手,术后易复发。2006 年 8 月至 2008 年 9 月,我科收治老年腹股沟疝 30 例,采用复合平塞补片修补术治疗,